In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.







Conduite à tenir devant un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite

Cours pour étudiants 4ème année médecine

Dr AF Boutaleb

PLAN

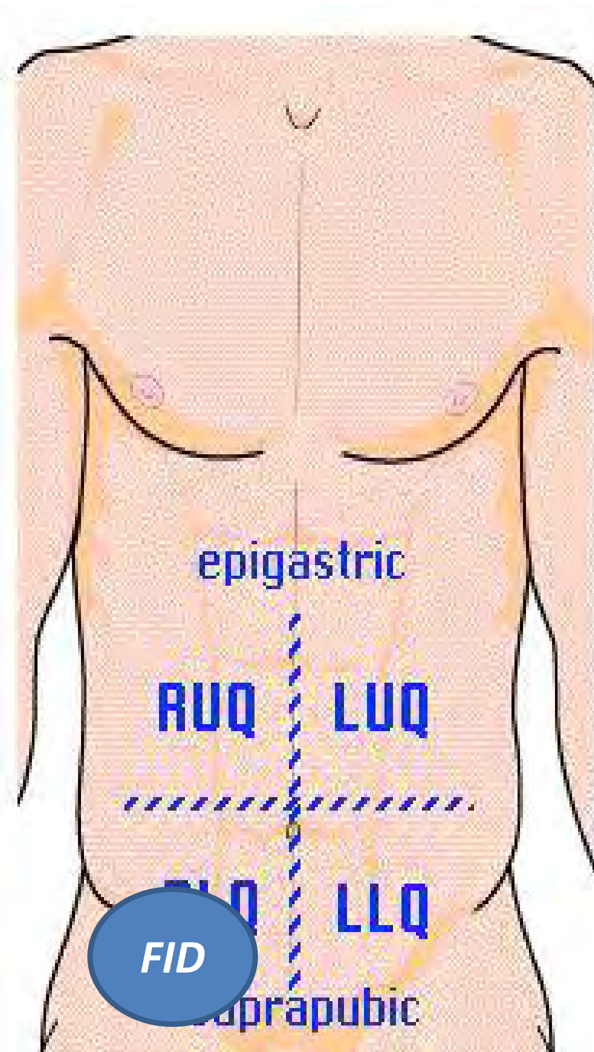
Introduction

Examen clinique

Examens para cliniques

Etiologies

Introduction



La douleur de la FID n’est pas toujours d’origine digestive, en effet il faut avant tout éliminer les causes urinaires et gynécologiques chez la femme

Examen clinique

Commun à toute douleur abdominale quelque soit sont siège .

interrogatoire

Étape fondamentale pour l'approche diagnostique

Caractères de la douleur

. Siège : FID et ses irradiations

. Mode de début : brutal / progressif

. Évolution dans le temps : permanente / intermittente – périodicité

. Intensité : subjective

. Facteurs déclenchant ou calmants

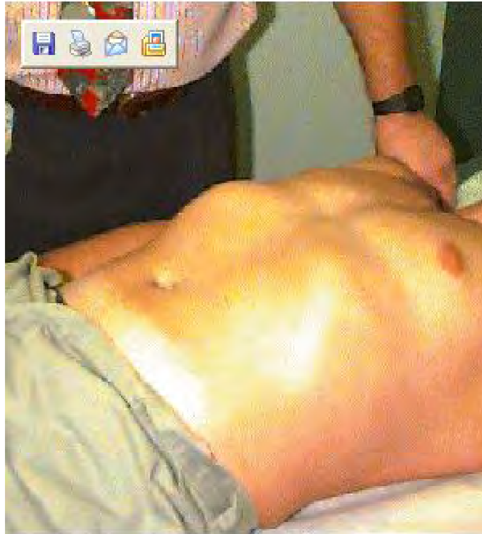
Signes accompagnateurs

Amaigrissement , Anorexie , nausée , vomissements , troubles du transit , hémorragie digestive ,signes extradigestifs (urinaires, gynécologiques)

DDR (femme) , antécédents chirurgicaux.

Examen physique

Inspection



- Cicatrice d’intervention
- Asymétrie de respiration
- Mobilité
- Distension
- Voussure

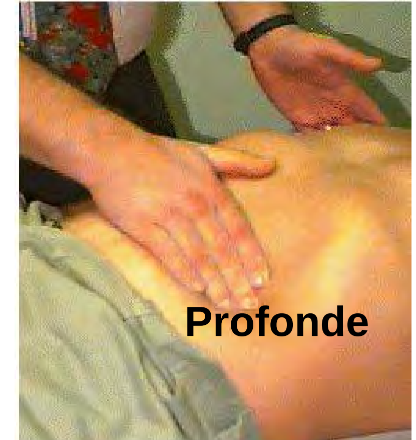
Auscultation



- Avant la palpation
- Silence: iléus paralytique
- Augmentation des bruits intestinaux
- Souffle vx: anévrisme

Palpation





- Mains à plat, réchauffées
- Débute zone non douloureuse
- Défense / contracture
- Masse abdominale / HPM

Méthodique et complet

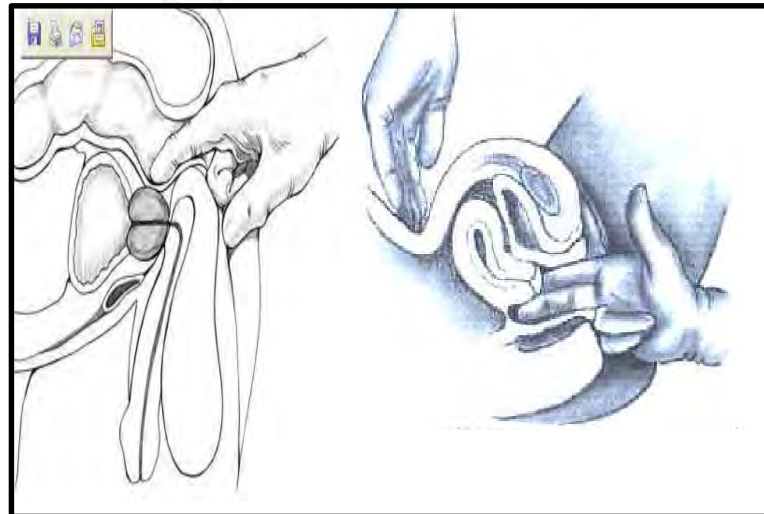
Examen physique

Percussion

Touchers pelviens

Température







Disparition de la matité hépatique

Signes d'irritation péritonéale

Examens para cliniques

Biologie

Pour évaluer le retentissement et orienter vers une pathologie

FNS : Anémie microcytaire /Saignement occulte

Hyperleucocytose / infection intra abdominale, nécrose

Hyperplaquetose / Syndrome inflammatoire

Ionogramme sanguin , Glycémie ,bilan rénal , lipidogramme , Calcémie , Phosphoré mie , Taux de protides , Taux de prothrombine , électrophorèse des protides sériques

Examens bactériologique et parasitologique

Hémoculture, Coproculture, Parasitologie des selles (3 fois de suite)

Examens morphologiques

TT /ASP

Échographie : facile non invasif mais opérateur dépendant , recherche l'ascite , signes d'obstacles sur le grêle , anomalies morphologiques du grêle , atteinte caecale

Autres examens morphologiques

Lorsqu'on est orienter vers une cause digestive, les examens morphologiques qui explorent le grêle et le côlon. L'endoscopie digestive permet de visualiser directement les lésions et de faire des biopsies pour un diagnostic de certitude

Transit du Grêle

Enteroscanner+++

EnteroIRM +++

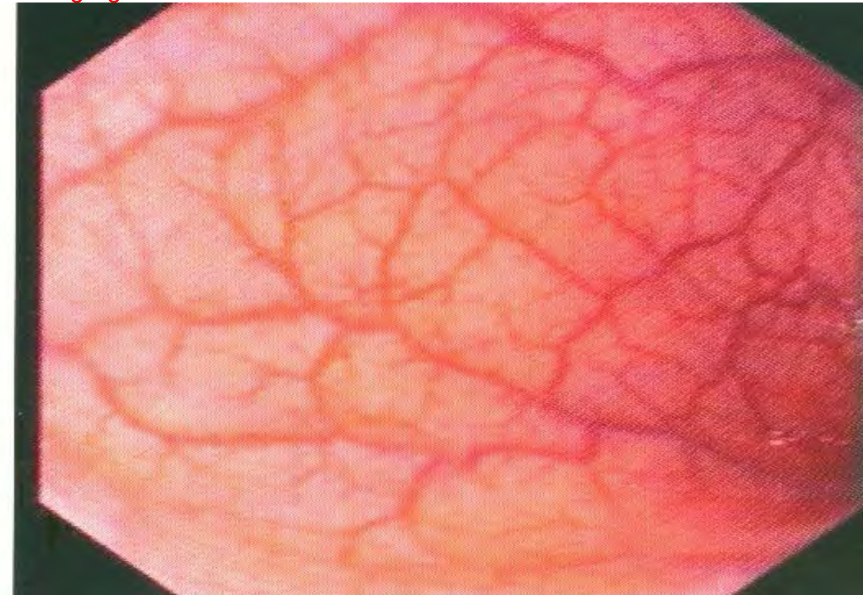
Lavement Baryté

Coloiléoscopie+++

Coloscanner

TDM

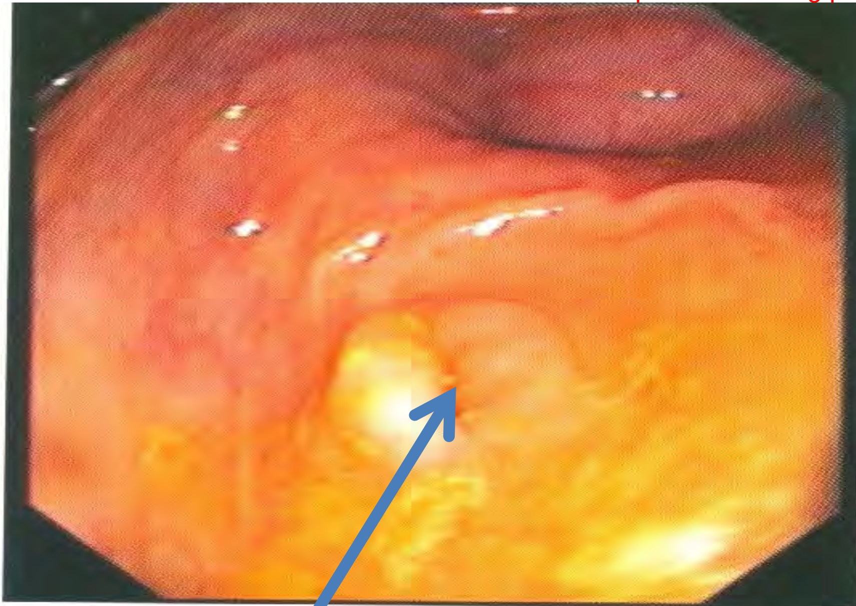


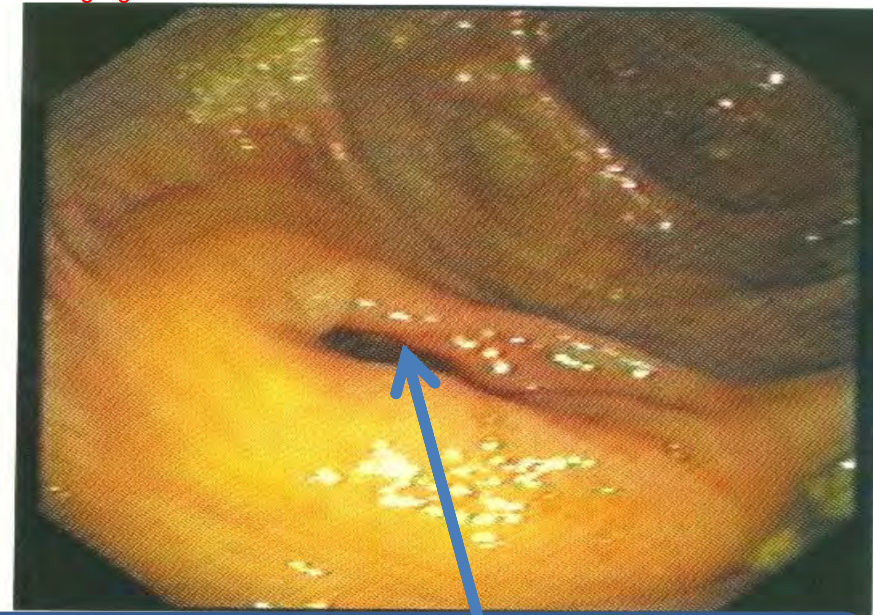


Aspect Normal du colon en coloscopie



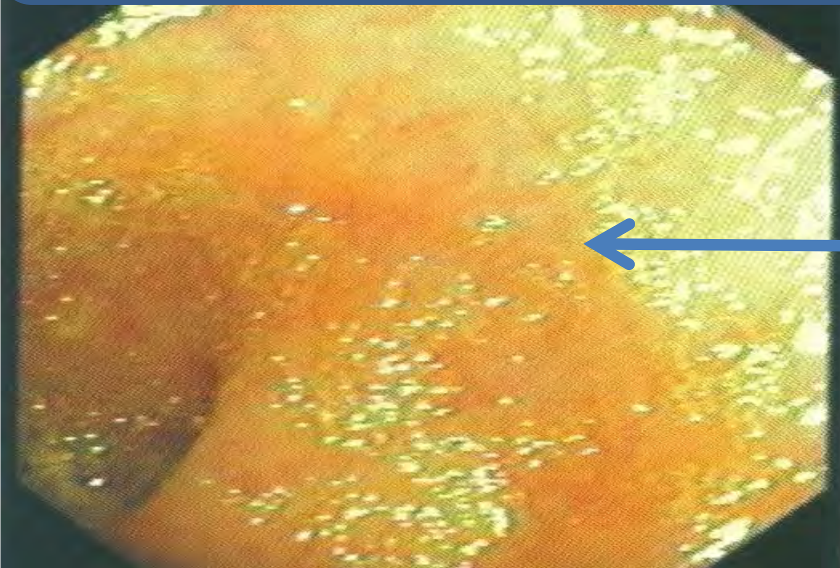






Orifice appendiculaire

Valvule Iléocoecale



Iléon terminal

Etiologies

Douleurs aigues: Urgences abdominales

Appendicite aigue
Occlusion aigue
Causes extra digestives : colique nephretique à droite,
la salpingite droite
la torsion de l'ovaire droit
la grossesse extra utérine à droite

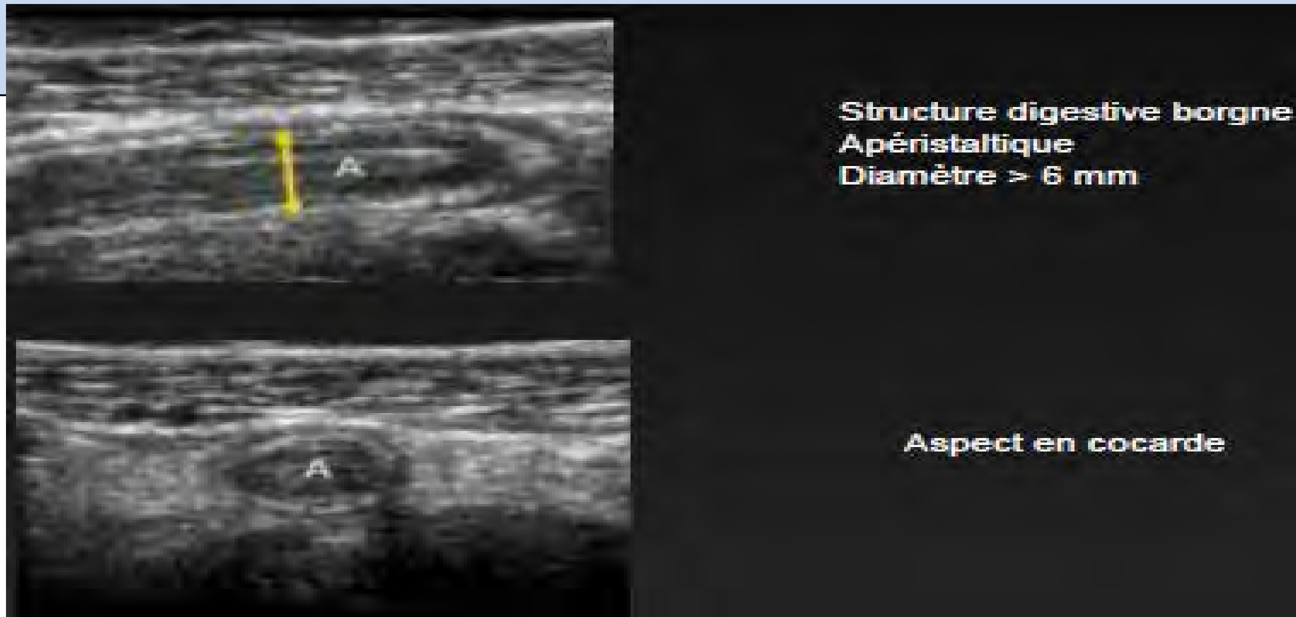
Douleurs chroniques:

Le syndrome de l'intestin irritable
Les colites (cryptogénétiques, infectieuses)
Les néoplasies du coecum (adénocarcinome, lymphome)

Pathologies digestives

Appendicite aigue +++

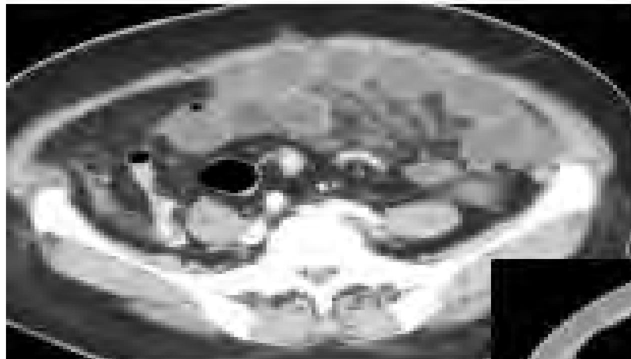
Douleur aigue de la FID du sujet jeune + nausée , vomissements , F° , Hyperleucocytose
Douleur Mac Burney, TR douloureux à droite
Symptômes varient selon : l'évolution , l'âge , le siège de l'appendice

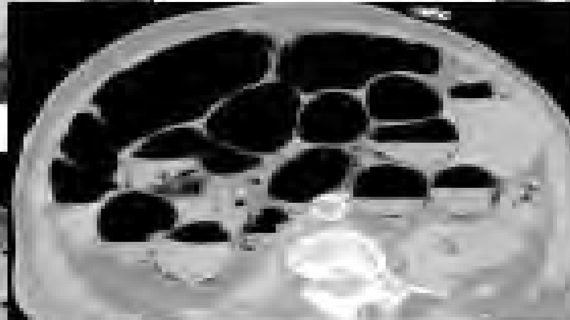


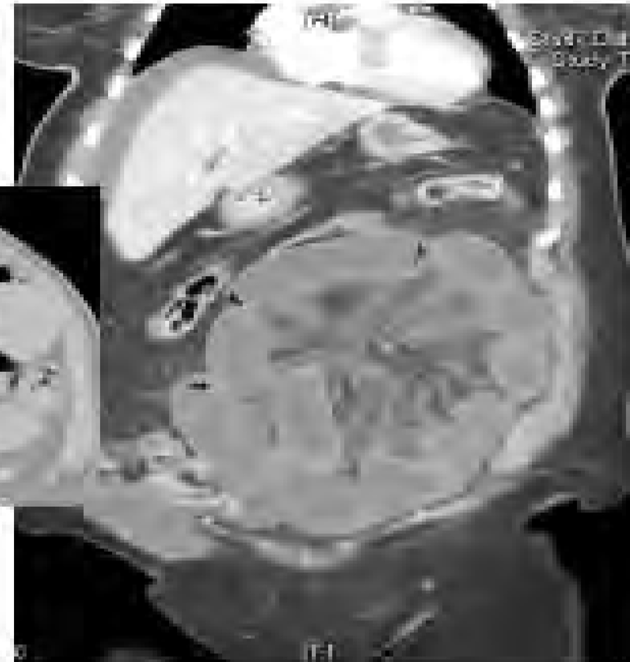
Occlusion aigue

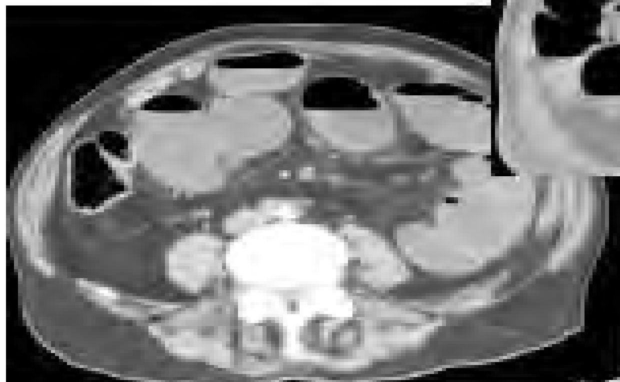
Douleur maximale FID +vomissements + arrêt des MG
Peut être d'origine grêliques (voir les sténoses du grêle) ou d'origine colique: volvulus du colon pelvien ou droit, tumeur colique, l'occlusion sur bride y penser si le patient a déjà été opéré de l'abdomen
Diagnostic: ASP, Scanner+++
Urgence chirurgicale+++

Imagerie de l'occlusion intestinale aiguë









Pathologies extradigestives

Colique nephretique

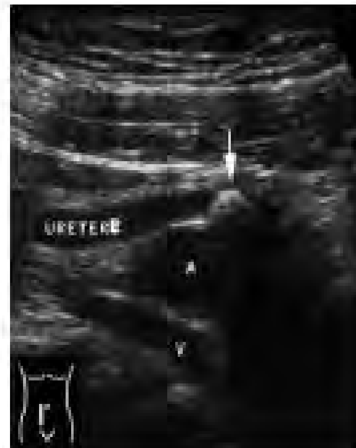
Homme jeune , irradiations particulières

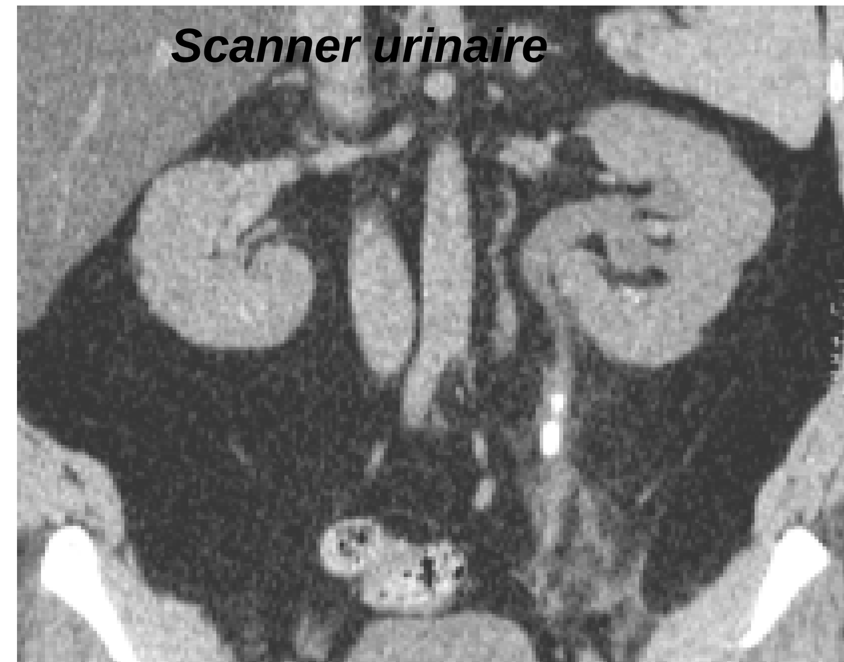
ASP : calcul radio opaque

Echographie, scanner : +++ , chimie des urines :sang +









Echographie

Salpingite +++

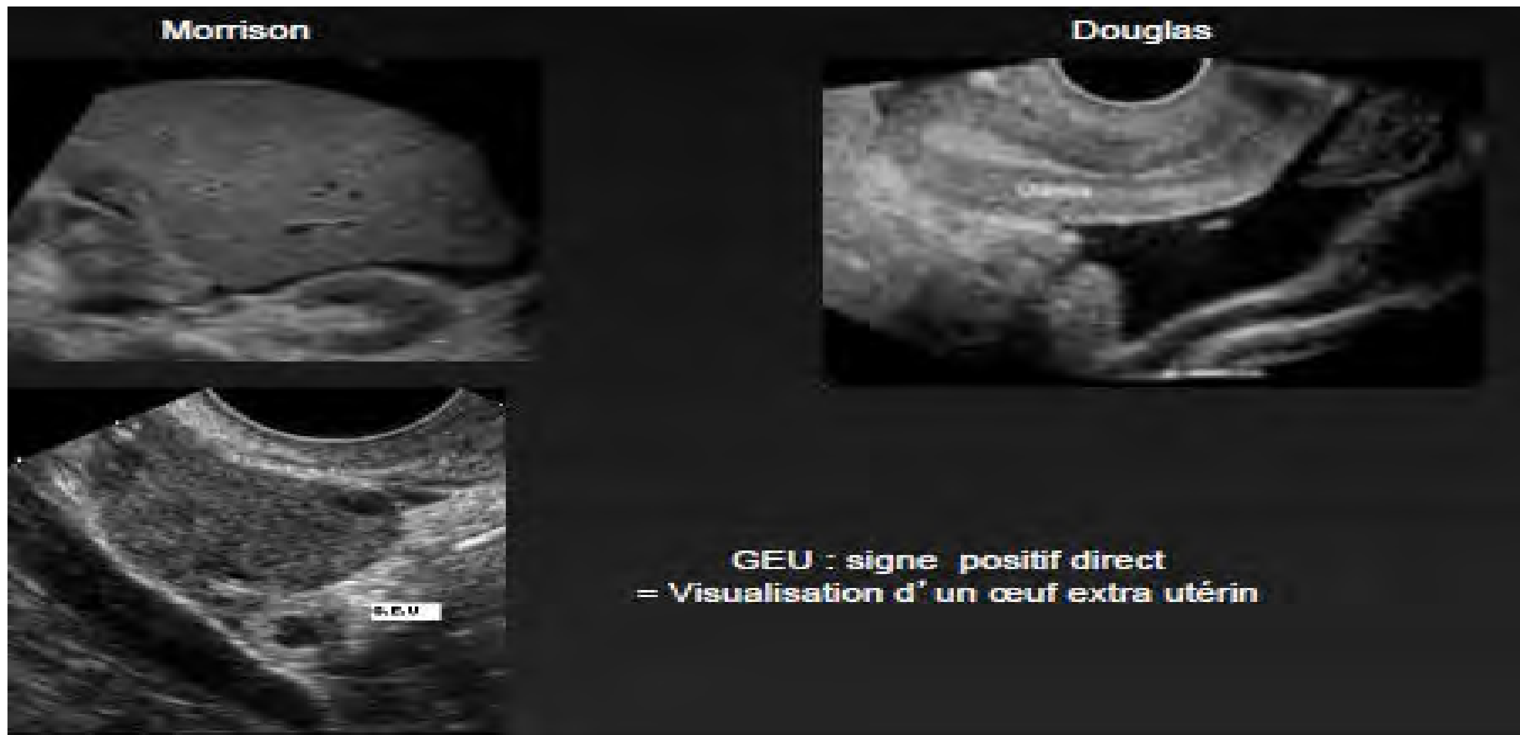
Douleur + syndrome infectieux , pertes malodorantes, nausée , vomissement. Peut évoluer vers la suppuration et l'abcés.
Le diagnostic repose sur l'examen gynécologique. L'échographie pelvienne est souvent normale en dehors des complications, le recours à la cœlioscopie est parfois nécessaire.

Torsion d'un kyste de l'ovaire droit

Douleur vive de la FIDte et de l'hypogastre ,signes de choc, vomissements . Défense de la FID à l'examen
Diagnostic : Echographie pelvienne

Grossesse extra-utérine droite

Antécédents Gynéco obstétricaux
DC précoce +++ ; douleur , sang noirâtre, HCG élevés
Diagnostic positif: Echographie +++



Affections coliques et intestinales

Syndrome de l'intestin irritable

Diagnostic repose sur les critères de Rome , qui sont des critères cliniques et évolutifs.
La douleur prédomine souvent à droite+ signes extradigestifs associé à un terrain d'anxiété alors que l'état général est conservé
La biologie et la morphologie sont normaux

Lymphome occidental

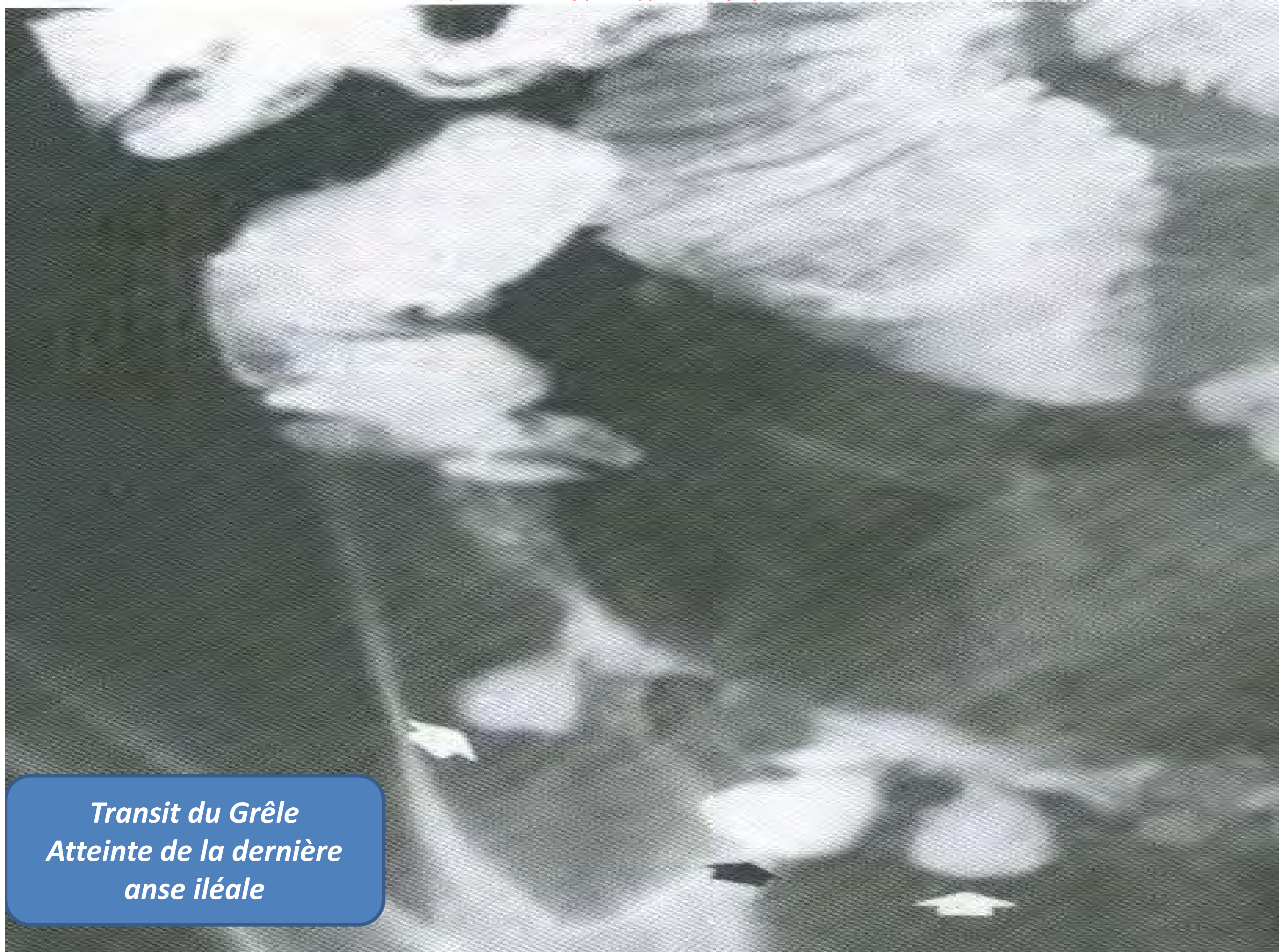
Siège iléocæcal+++
Diarrhée , douleur , masse FIDte
DC : Colo iléoscopie + biopsie et étude immuno histochimie

L'adenocarcinome du coecum

Les symptômes sont tardifs: trouble du transit, douleur , méléna
Masse de la FID. Diagnostic grâce à la coloscopie et l'étude Anapath des biopsies .

Colites

Diarrhée glairo-sanglante, douleurs abdominale, parfois syndrome de Koenig (en cas de sténose), manifestations extradigestives (articulaires, Oculaires, Cutanées),lésions ano-périnéales,
peuvent orienter vers une colite cryptogénétiques : RCH – CROHN.
La Coloiléoscopie avec biopsies et l'imagerie de l'intestin montrent des signes évocateurs mais le diagnostic repose sur un faisceau d'argument.
Les causes Infectieuses : surtout Yersiniose


Transit du Grêle
Atteinte de la dernière
anse iléale

Transit du Grêle
Iléon terminal
sténose

RCH

Aspect granité

Aspect Pathologique du colon

Pseudo polypes

Ulcérations

CRÔHN

Ulcérations iléales

Sténose de la VIC

Conclusion

- Le syndrome douloureux de la fosse iliaque droite est un motif assez fréquent de consultation en gastroentérologie
- Il faut savoir éliminer les causes extra-digestives et identifier rapidement les urgences qui nécessitent une prise en charge rapide
- La démarche diagnostique doit être adaptée au patient afin d'éviter les explorations multiples et inutiles